

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 19⁶¹

THÈSE

41

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Michèle L A C H O W S K Y

Née le 23 Novembre 1932 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19

A PROPOS DE DEUX CAS DE CARCINOMES DE L'OVAIRE
SUIVIS DE GROSSESSE NORMALE
AVEC ENFANT VIVANT

Président : Monsieur le Professeur FUNCK - BRENTANO

1961



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553823_0046

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 19⁶¹

THÈSE

N

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Michèle L A C H O W S K Y
Née le 23 Novembre 1932 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le **19**

A PROPOS DE DEUX CAS DE CARCINOMES DE L'OVAIRE
SUIVIS DE GROSSESSE NORMALE
AVEC ENFANT VIVANT

Président : Monsieur le Professeur FUNCK - BRENTANO

20/6

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1961

Par

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

le

MAIRIE DE PARIS
N° de la thèse : 1961-10-10

Présentée et soutenue publiquement le



LEÇONS DE NEUR D'ANATOMIE DE L'OVARIAN
CHAPITRE DE GROSSEUR NORMALE
Avec l'aide de VIVANT

Présentée et soutenue le 10-10-1961 - 10-10-1961

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSSEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof ^r à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	PATEL (J.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DEGOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broussais)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÈNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	ÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)	
— (Prof ^r à titre personnel)	DEPARIS (M.)	
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)	
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)	
Parasitologie	GALLIARD (H.)	
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)	
Pathologie exotique	LAVIER (G.)	
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)	
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)	
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)	
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)	
Physiologie	BINET (L.)	
» (Prof ^r à titre personnel)	BARGETON (D.)	
Physique médicale	DOGNON (A.)	
» » (Prof ^r à titre personnel)	DJOURNO (A.)	
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)	
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)	
Thérapeutique	BROUET (G.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	BUSSET (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	NÉVOT (A.), pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONDSKI (J.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)		
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)	Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHTET (G.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NIGK (J.) PROUVOYOT (R.), m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.		
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) COUJARD (R.), pr. s. ch.		
Histologie	MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.), pr. s. ch.		
Médecine légale	HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique	BREGEAT (P.) SARAUX (H.)		
Ophthalmologie			

	MM.
Pédiatrie-Préculture . . .	JOSEPH (R.)
	MANDE (R.)
	NOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (G.)
	ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.
	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GDOGEROT (L.), m. conf.
	pr. s. ch.
	KELLERSHOHN

	MM.
Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	GERNÉA (P.)
	CHAPUT (Ame A.), m. c. agr
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)
	AMELINE (A.), pr. s. ch.
	HUGUIER (J.)
	OLIVIER (G.)
	PADOVANI (P.)
Clinique médicale	POILLEUX (F.)
	ROUX (M.)
	VERNE (J.-M.)
	BOUDIN (G.)
	CONTE (M.)
	DOMART (A.)
	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (S.)
	TURIAF (J.)

	MM.
Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	LEPAGE (F.)
	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique . .	RAVINA (J.)
	DESIGNES (P.)
	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique . . .	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

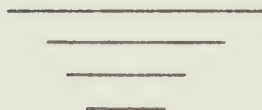
IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{lle} HURÉ (A.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Miles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	Miles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A propos de deux cas de CARCINOMES de l'OVAIRE
suivis de GROSSESSE NORMALE
avec enfant vivant.



A mes PARENTS, en hommage et en
témoignage de ma
profonde gratitude.

A mon MARI, ce précieux
conseiller.

A ma petite ANNE - LAURE.

A ma FAMILLE

A mes AMIS

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Professeur de Clinique Gynécologique à la
Faculté de Médecine de Paris,

Chirurgien de l'Hôpital BROCA

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

que nous remercions d'avoir bien voulu
accepter la présidence de cette thèse, et
qui nous a, par ses leçons magistrales
dans son "vieux Broca", ouvert le monde
de la Gynécologie.

A notre MAITRE

Monsieur le Docteur Bernard JAMAIN

Professeur au Collège de Médecine
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux
Chef de Service de la Maternité
de l'Hôpital Tenon à Paris

nous dédions ce travail par lui inspiré, en témoignage de reconnaissance pour l'enseignement, aussi savant que souriant, qu'il nous dispense journellement, et dont nous sommes heureux de le remercier ici.

A Mr. Jean de BRUX
Professeur Agrégé
Chef du Laboratoire d'Anatomie
Pathologique de l'Hôpital BROCA
et de l'Hôpital BOUCICAUT.

A Mr. René MORICARD
Docteur en Médecine
Docteur ès Sciences
Directeur du Laboratoire d'Hormo-
nologie et de Cytologie expéri-
mentale à l'Ecole Pratique des
Hautes Etudes,
Chef de Laboratoire de la Cli-
nique Gynécologique de l'Hôpi-
tal BROCA.

A Mademoiselle Simone GOTHIE
Docteur en Médecine
Docteur ès Sciences
Chef de Laboratoire à l'Assis-
tance Publique,
Chargée de Recherches au C.N.R.S.

qui nous ont fort aimablement ouverts
leurs laboratoires respectifs, et à
qui nous sommes redevables de notre
bagage - bien modeste encore - de cy-
tologie et d'anatomie pathologique,
avec nos remerciements.



A Monsieur Marcel MORIN
Médecin des Hôpitaux de Paris,
Chef du Service de Médecine de
l'Hôpital FOCH à Suresnes.

l'année passée dans son Service
comptant parmi les plus riches et
les plus profitables de nos études,

et à nos Maîtres dans les Hôpitaux.

T A B L E D E S M A T I E R E S.

1)	Introduction	page	1
2)	Généralités - Historique Classifications	"	3
3)	Les tumeurs malignes	"	10
4)	Nos observations	"	19
5)	Cas analogues recensés dans la littérature	"	34
6)	Réflexions sur: - DIAGNOSTIC - PRONOSTIC - THERAPEUTIQUE	"	46
7)	Conclusions: - LE CAS PARTICULIER	"	61
8)	BIBLIOGRAPHIE		

I N T R O D U C T I O N

= = = = =

Les tumeurs de l'ovaire, quelles qu'elles soient, soulèvent;aujourd'hui encore, des problèmes angoissants. En effet, dans l'état actuel de nos connaissances aucun critère fût-il clinique ou anatomo-pathologique ne permet à coup sûr de porter un pronostic; l'élément essentiel, à savoir le potentiel de malignité de la tumeur, reste souvent une inconnue.

La frontière du bénin et du malin est ici chose éminemment incertaine, et l'on conçoit alors la difficulté, sinon l'impossibilité, de codifier une thérapeutique générale et définie de ces tumeurs. Nous n'en voulons pour preuve que les deux cas que nous allons relater ici, à propos desquels nous essaierons - non pas de réviser l'attitude générale, ce qui serait illogique étant donné le risque couru et bien présomptueux de notre part - mais d'apporter une contribution au problème dramatique posé par le cas particulier de la femme jeune et même très jeune.

- En effet, chacune de nos deux femmes
- avait moins de trente ans
 - se révéla porteuse d'une tumeur ovarienne, dont le diagnostic exact ne fut pas posé à l'intervention, mais que le laboratoire étiqueta maligne, et dont l'ablation simple sans castration

fut suivie presque immédiatement d'une grossesse.

La constatation de la gravidité nous a donc lié les mains malgré les résultats péjoratifs de l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

Une et même plusieurs grossesses rapprochées menées à terme nous ayant ainsi forcés à laisser le traitement au stade d'ébauche, nous fûmes donc en face du problème suivant:

- Par deux fois nous n'avons cliniquement pas reconnu la malignité de tumeurs ovariennes, ni même dans un cas son existence.
- Par deux fois malgré une malignité histologiquement reconnue, nous avons dû être entièrement conservateurs.
- Par deux fois enfin, l'évolution de l'état de la femme - tant général que local - et de ses grossesses, se montra extrêmement satisfaisante.

Or, il va sans dire que si ces femmes n'avaient pas été enceintes dès le premier examen post-opératoire, nous aurions sans hésitation, et d'accord avec tous les auteurs, procédé à une intervention mutilante, croyant agir pour leur bien.

GENERALITES 6 HISTORIQUE - CLASSIFICATIONS.

= = = = =

Avant d'aborder nos cas particuliers - les carcinomes - une rapide vue d'ensemble sur les tumeurs ovariennes nous permettra notamment d'évoquer le problème nosologique qu'elles nous posent encore.

Les premières observations semblent remonter à 1691 où T.ZWINGERUS publie:

"Hydrops ovarii mulibris stupendus in exenteratio mulieris cujusdam repertos".

Puis, après MONRO en 1747, FALETI écrit en 1789:

"De abdita morbi causa per anatomen indigata in muliere infaeconda".

Depuis toujours, les chercheurs se sont attachés à dresser une classification valable des tumeurs de l'ovaire, qui permettrait enfin de fonder le diagnostic et partant pronostic et thérapeutique, sur des bases solides. Or, c'est semble-t-il l'absence même de ces bases qui empêche l'accord de se faire, et comme l'a écrit EWING dans son livre "NEOPLASTIC DISEASES":

" Les tumeurs ovariennes présentent un plus grand éventail de structure, une plus grande variation individuelle, une base histogénique et embryologique plus complexe que celles de n'importe quel autre organe, et c'est pourquoi elles échappent à une classification satisfaisante"....."dans une substantielle proportion de tumeurs de l'ovaire....

le diagnostic est essentiellement affaire de décision arbitraire de l'observateur. Les contributions récentes ont surtout de la valeur pour faciliter la reconnaissance de certaines tumeurs dont la place exacte restait jusqu'alors incertaine."

Les principaux critères utilisés sont:

morphologiques: - kystiques

- solides

embryologiques ou histogénétiques:

- wolffiennes

- mulleriennes

- germinatives

cliniques: - bénignes

- malignes

ou encore

- productrices d'hormones

- endocrinologiquement silencieuses.

Mais comme l'écrit fort justement SELYE en 1946 dans son monumental ouvrage sur l'ovaire:

" La plus grande difficulté réside dans le fait que, de quelque façon que soient formulées nos subdivisions, sur des critères morphologiques ou fonctionnels, il reste toujours tant de groupes intermédiaires et tant d'interférences dans les différentes catégories, que pour la plupart d'entre elles, une tumeur pourrait être rangée dans plusieurs groupes, avec autant de justifications."

En outre, nous nous trouvons en présence de difficultés de terminologie. En effet, comme l'écrit H.G.ROBERT:

" un dictionnaire des synonymes serait ici fort nécessaire, la confusion étant due soit à l'hypothèse embryologique, soit aux dénominations très différentes reçues par une même lésion histologique."

et il cite;

" le kyste mucoïde, devenu pour POZZI un kyste prolifère,

" l'épithéliome mucoïde de MALASSEZ qui est pour QUENU un cytoépithéliome, pour LECENE et MOULONGUET un kyste enteroïde, pour MASSON un kyste wolfien,

" le séminome que MEYER appelle un dysgerminome, MASSON un goniome."

Par ailleurs, si la majorité des tumeurs du corps humain est divisée en tumeurs malignes et bénignes, ici le problème est tel que rares sont les classifications se subdivisant ainsi, ce qui semble pourtant essentiel du point de vue médical.

Nous ne citerons que pour mémoire les classifications de:

CLIVIO	1907
GRAVES	1922
NEUMAN	1925
STERBERG	1926
MEYER	1926
CURTIS	1930/42
GOODALL	1935
CORNILL	1936
PARZILAI	1936
MILLER	1937
TEN TEACHERS	1938
SCHILLER	1940
DI PAOLA	1942
GEIST	1942

pour nous arrêter à celles de TAYLOR 1940, de NOWAK 1944, et des auteurs français.

Pour la plupart elles ne préjugent pas du potentiel évolutif de la tumeur, qui reste la grande inconnue, et reposent sur des bases embryologiques et morphologiques, plus rarement cliniques, si ce n'est celles de GEIST, du manuel américain des TEN TEACHERS et celles de NOWAK et de MILLER dont les travaux font encore autorité.

LAFFARGUE d'Alger, rejoint en 1949 la classification de TAYLOR lorsqu'il écrit dans l'ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE:

" certaines tumeurs sont formées de tissus dont l'architecture ou les cellules rappellent les ébauches gonadiques ou même jusqu'à un certain point la gonade elle-même. On peut les appeler: tumeurs spécifiques à différenciation gonadique.

" Certaines tumeurs sont peut-être développées aux dépens d'éléments appartenant à l'ovaire mais qui ne lui sont pas spécifiques. De plus, elles ne sont aucunement gonadogéniques, ce sont des tumeurs spécifiques à différenciation mésenchymateuse ou épithéliale. Enfin, il existe des embryomes, simples ou complexes."

Ce qui nous ramène à la classification de TAYLOR, qui semble être adoptée aujourd'hui par nombre d'auteurs dont MORICARD. Elle cite:

- 1) les kystes fonctionnels du follicule du corps jaune,
- 2) les kystes endométriaux et l'endométriose
- 2) puis subdivise les NEOFORMATIONS PRIMITIVES de

1'OVAIRE en:

a) Tumeurs épithéliales

cystadénome et cystadénocarcinome séreux
type spécial: adénocystofibrome de FRANKEL

cystadénome et cystadénocarcinome pseudo-mu-
cineux
type spécial: BRENNER.

b) Tumeurs des tissus connectifs

fibrome et fibrosarcome

tumeurs rares des tissus connectifs

myome
lymphangiome.

c) Teratomes

dermoïde: kystique

complexe: solide

type spécial: goître ovarien.

d) Tumeurs nées des cellules spécifiques de la
gonade

tumeur de la granulosa

type spécial: Folliculome lipidique de LECENE

tumeurs à cellules thécales

arrhenoblastome et adénome de PICK

dysgerminome

e) Tumeurs douteuses

endothéliome

hypernéphrome

mésonephrome

Enfin

3) Tumeurs métastatiques

Proche de la précédente, une autre classification nous est proposée, reposant sur l'étude de histogenèse de l'ovaire. En effet, pour DE BRUX l'ovaire serait un organe plastique dans sa corticalité et ses tumeurs seraient formées par des invaginations tapissées de son mésenchyme d'origine embryonnaire, qui en fait est un mesothélium indifférencié. D'après la théorie de l'induction tissulaire, les cellules épithéliales qui le forment pourraient prendre une direction qui va être celle de l'embryon, c'est à dire le plus souvent une direction mullerienne à savoir un aspect de carcinome endométrial, ou plus rarement s'arrêter au stade wolffien. Ce qui nous permet la classification suivante:

1) Tumeurs dysembryoplasiques

a) à tissu embryonnaire

malignes: - chorio-épithéliome
- mésoblastome
- dysgerminome

b) à tissu adulte

bénigne: - kyste dermoïde.

2) Tumeurs somatiques

bénignes ou malignes
reproduisant le tissu mullerien
ou le tissu wolffien.

3) Tumeurs génétiques ou endocriniennes

tumeurs féminisantes
arrhénoblastome.

Quant à SELYE, il les divise en tumeurs avec et sans potentialités endocrines, soit bénignes soit malignes, mais il reconnaît l'avoir fait

pour les besoins de son Encyclopédie d'Endocrinologie, ajoutant lui-même que cette classification n'est pas "entirely natural".

LES TUMEURS MALIGNES.

= = = = =

Quant aux tumeurs malignes, qui nous intéressent ici, elles ont fait l'objet de nombreuses études, notamment par SELYE dont le travail sur l'Ovaire dans son Encyclopédie d'Endocrinologie fait encore autorité: il date pourtant de 1946. Ceci semblerait d'ailleurs prouver que nos connaissances en ce domaine n'ont malheureusement guère évoluées depuis.

Nous n'étudierons ici que les CARCINOMES - à l'exclusion des autres tumeurs - notamment endocrines - où le problème est différent.

Ce cancer, que notre Maître FUNCK-BRENTANO - dans une récente leçon de BROCA - designait comme un des plus néfastes, a été longuement étudié par WOLFF en 1941 dans son Historique Générale du CANCER, et par EWING dans ses Neoplastic Diseases déjà cités. Quant à MEIGS il l'estimait, dans un article paru en 1940, d'un pronostic plus réservé que celui des autres cancers gynécologiques.

On le retrouve très tôt dans la littérature, puisque dès 1753 FONTAINE publie: " Observatio rarior tumoris abdominis exscirrhi ovariorum praesertim sinistri insignis".

Les formes solides et kystiques des carcinomes semblent connues depuis fort longtemps, mais une distinction nette entre cancers et autres tumeurs

ovariennes ne fut faite qu'au milieu du 19-ème siècle quand le critère histologique permit des diagnostic plus fins.

Ici encore se pose le problème des classifications. Après MASSABUAU, ETIENNE (1918 et 1920), EWING (1942), MERITT et CAULK, MILLER en 1937 propose celle-ci:

1) Cancers PRIMAIRES (ou primitifs):

Carcinomes microscopiquement solides pouvant cependant contenir un nombre variable de kystes par liquéfaction secondaire, plus ou moins extensifs.

2) Cancers SECONDAIRES (ce terme n'est ici nullement synonyme de métastatique)

- séreux
- pseudomucineux
- dermoïdes
- d'endométriase - quoique cette dégénérescence soit loin d'être reconnue par tous.

3) Cancers METASTATIQUES y compris la tumeur de KRUKENBERG.

4) Invasion carcinomateuse - venue d'organes adjacents (les "FORTGELEITETE KARZINOME" des Allemands.

D'autres se distinguent parmi les carcinomes de l'ovaire:

- 80% de cancers primitifs

- Cystadénocarcinomes développés sur un kyste (60%)
- Carcinomes spécifiques (MEYER 1927) ou endocriniens,

- tumeurs de la granulosa
- folliculomes lipidiques
- arrhénoblastomes
- dysgerminomes ou séminomes
- cortico - surrénalomes.

- 20% de cancers secondaires métastatiques

Quant aux sarcomes de l'ovaire, fort rares, on en compte d'après NOWAK, un pour quarante carcinomes.

La FREQUENCE du cancer ovarien est difficile à apprécier à cause de l'identification souvent inadéquate des tumeurs. Pour SELYE, la plus grande cause d'erreur serait encore la confusion entre cancers primitifs et métastatiques. Si on les compare entre eux, on constate que ces derniers sont de beaucoup les plus fréquents: sur une série de 234 femmes porteuses de différents types de cancers, seules quatre présentaient un cancer primitif de l'ovaire contre seize cancers métastasés à l'ovaire.

Sur 2.768 malades gynécologiques admises en 1943 à la MAYO CLINIC de ROCHESTER, 83 carcinomes ovariens furent dénombrés. MILLER, compilant 22 séries distinctes de carcinomes - donnant un total de 28.491 femmes porteuses de cancers - trouve 1321 cancers ovariens soit 4,6%. Une autre série donne 282 cancers de l'ovaire sur 12.417 cancéreuses. Toutes les statistiques finalement donnent des résultats à peu près convergents: environ 4% des cancers de la femme sont ovariens.

Quant à la fréquence relative du cancer ovarien par rapport aux tumeurs malignes développées sur les autres dérivés mullériens, on peut admettre une moyenne environ 12%, chiffre donné par SELYE. MILLER relève sur 5.009 cancers génitaux chirurgicaux:

- 598 (soit 11;73%) cancers de l'ovaire
- 1120 cancers de l'uterus
- 29 cancers de trompes
- 262 cancers du vagin.

Le même auteur pratiquant les autopsies de 1.607 femmes atteintes de cancers pelviens, trouve 211 cancers ovariens, soit 13,13%

A en croire une statistique américaine de grande envergure (PELLIER) les proportions relatives des cancers ovariens et utérins changeraient avec le temps, le cancer de l'ovaire tendant à devenir de plus en plus fréquent. En Angleterre, par exemple, le pourcentage de cancers ovariens par rapport aux cancers génitaux passe de 12,2% pour la période 1911/1920 à 24,9% pour 1931/1935.

A l'hôpital universitaire de VIENNE (Autriche) on relevait d'après le certificats de décès:

de 1910 à 1919	11% des cancers génitaux étaient ovariens
en 1928	23% des cancers génitaux étaient ovariens
en 1934	30% des cancers génitaux étaient ovariens.

Par ailleurs, on connaît l'association relativement fréquente de ce cancer avec un cancer de l'utérus: 12% pour FUNCK-BRENTANO et ROBERT H.G., ce qui pose certains problèmes diagnostics et thérapeutiques.

Enfin la proportion de carcinomes parmi toutes les tumeurs ovariennes peut-être estimée à 15% environ. En effet, ce chiffre est donné par MILLER,

colligeant 7.616 observations émanant de différents rapporteurs, ainsi que par SCHARLIEB sur une série homogène personnelle de 150 cas (kystes compris). Mais, NIESERT, sur une étude statistique portant sur la période 1925/1945 arrive au chiffre de 1 sur 4.

En ce qui concerne le chapitre particulier des cystocarcinomes - qui nous intéressent ici au plus haut chef - leur fréquence varie avec la tumeur d'origine, le pourcentage de transformation le plus élevé étant celui des kystes séreux papillaires. PFANNENSTIEL comme SMITH donnent 50% de dégénérescence dans ce cas. MILLER sur 1.246 kystes séreux simples ne trouve que 5,5% de cancers. Les kystes pseudo-mucineux semblent être les moins sujets à dégénérescence, la plupart des statistiques n'en relevant que 5%.

Si nous étudions la fréquence du cancer de l'ovaire selon l'âge, nous constatons qu'il frappe tous les âges avec une prédominance pour les alentours de la ménopause. A ce sujet, toutes les statistiques concordent, et MILLER sur 2.803 cas trouvait la répartition suivante:

de 0 à 20 ans	41 cas
" 21 à 30 "	133 "
" 31 à 40 "	299 "
" 41 à 50 "	700 "
" 51 à 60 "	633 "
" 61 à 70 "	210 "
" 71 à 80 "	32 "
" 81 à 90 "	1 "

De nombreux cas ont été publiés chez l'enfant, où le sarcome est en général en cause.

En 1951, dans la série de carcinomes ovariens de MEIGS, les âges vont de 22 à 76 ans, avec 79% de 40 à 70 ans, et le maximum dans la sixième décade. L'étude canadienne, portant sur 270 cancers ovariens (carcinomes) donnaient en 1956:

15 ans pour la plus jeune malade
50 ans d'âge moyen
62,6% des cas entre 40 et 59 ans.

La MAYO CLINIC en 1959 donnait sur 172 cas:

53 ans d'âge moyen
23 ans pour la plus jeune.

On n'en peut, hélas, tirer aucun élément de pronostic.

Du point de vue anatomo-pathologique, l'apparence structurale des cancers de l'ovaire est extrêmement variable, étant donné la grande hétérogénéité des tumeurs groupées sous cette rubrique. Nous ne nous étendrons pas ici sur l'histologie de ces tumeurs, nous réservant d'étudier - à la lumière de nos observations - le problème des tests de malignité, c'est à dire de la valeur de l'examen anatomo-pathologique.

En ce qui concerne le volume de ces néoformations, il ressort de la plupart des statistiques qu'elles sont en général moins volumineuses que les tumeurs bénignes - mais, ajoutent certains auteurs, ceci seulement parce que la mort intervient plus vite. Assez fréquemment, elles sont bilatérales: d'après SELYE, 50% seraient bilatérales et MILLER, sur 1791 cas arrive à la même conclusion - si l'on ne tient pas compte de la structure ou de l'origine de la tumeur, car la fréquence de la

bilatéralité varie en fait avec les types de cancers. 50% est d'ailleurs le chiffre admis aujourd'hui par tous les auteurs.

Cependant, il est surprenant de constater que même dans les cas bilatéraux la fonction et la structure ovariennes ne sont en général pas sévèrement influencées par la tumeur maligne. Pour SELYE, si les ovaires involuent, chez la femme jeune, à la suite de carcinomes débilitants, cette atrophie doit être considérée comme s'intégrant dans le syndrome général d'adaptation créé par l'action destructive - non spécifique - de la tumeur. Ainsi, un corps jaune bien développé peut se voir dans l'ovaire porteur du cancer. La possibilité, et même pour de nombreux auteurs la "relative fréquence" de l'apparition d'une grossesse contemporaine d'un cancer ovarien montre de façon plus éloquente encore à quel point la fonction ovarienne peut être préservée en dépit de la néoformation.

Quant aux parenchyme ovarien détruit, il l'est en général par infiltration directe de la tumeur. De nombreuses publications, dans la littérature mondiale, font état de cancers ovariens découverts chez des femmes enceintes. On a voulu en inférer qu'il existerait une tendance à leur formation et à la prolifération durant la gestation.

Cependant, il ne semble pas qu'une analyse serrée comparant dans d'importantes séries la fréquence du cancer chez les femmes gravides et non gravides ait été publiée à ce jour.

MILLER, d'après un certain nombre de cas, a rendu douteuse l'hypothèse, parfois émise, que la multiparité prédisposait au cancer ovarien. Il n'est pas non plus d'avis que la gestation soit un facteur prédisposant.

HEBERER, en 1955, rapporte, dans un article très documenté, les conclusions de NIESERT:

pas d'accélération nette de la croissance des tumeurs malignes pendant la grossesse, si ce n'est que celles-ci semblent se manifester plus vite chez les femmes jeunes; or ce sont souvent celles-là qui sont enceintes. Et il cite le cas de BIRCHER:

Excision d'un fibrome sarcome de l'ovaire au 4-ème mois d'une grossesse, accouchement spontané normal à terme. Revue 3 ans plus tard, la femme était exempte de récurrence.

Par ailleurs, tous les types de cancers peuvent coexister avec une grossesse, ils n'en perturbent pas nécessairement le maintien. Mais les complications, dues à l'augmentation de la pression intra-abdominale et à la gêne mécanique sont fréquentes, et peut-être faut-il y voir la raison pour laquelle beaucoup de tumeurs ovariennes se révèlent au clinicien à l'occasion d'une grossesse. Bien des auteurs pensent qu'une tumeur maligne découverte pendant la gestation s'est en réalité toujours formée avant celle-ci.

Sans doute ceci explique-t-il la rareté des cancers ovariens rapportés dans les suites de couches. (Observations de NIJHOFFEN en 1919, de

VANETZIAN - de Moscou - en 1957; de HODGKINSON aux U.S.A. en 1954). Ils se sont, en effet, manifestés avant le terme.

De nos deux malades, l'une est une jeune indochinoise. Aussi voudrions nous conclure ces généralités très sommaires en rappelant qu'il ne semble pas y avoir de preuves convaincantes d'une quelconque prédisposition raciale. Plusieurs études sur ce sujet ont été publiées, notamment celles déjà anciennes mais très documentées de THEILHABER (1910) et de ABRUZZESE (1935). D'après eux, sa fréquence serait élevée chez les femmes juives, plus élevée chez les blanches que chez les noires - où pourtant il est loin d'être exceptionnel, témoin la statistique de KAPLAN (1933 - NEW YORK CITY CANCER INSTITUTE): 8 noires sur 42 femmes cancéreuses. On sait par ailleurs que la tumeur de KRUKENBERG est fréquente dans la race noire (LEFFEL 1942). Mais là encore, les témoignages à statistiques sont ce qu'ils sont et nous n'avons rien trouvé de bien probant en ce qui nous concerne.

Quant aux problèmes précis de diagnostic, de pronostic, et de thérapeutique - les plus intéressants pour nous en tant que cliniciens - nous nous réservons de les exposer en analysant nos deux cas personnels, et les observations analogues retrouvées dans la littérature.

OBSERVATIONS PERSONNELLES.

= = = = =

OBSERVATION 1. LEF..... 19 ans.

Vue pour la première fois le 31 mars 1953:

La malade âgée de 19 ans vient consulter pour:

- une augmentation importante du volume de l'abdomen, ayant débuté en juin 1952, absolument isolée,
 - pas de douleurs
 - pas de troubles menstruels
 - pas de troubles digestifs
 - pas de troubles urinaires ni vésicaux
 - ni amaigrissement, ni signes infectieux.

Date des dernières règles: 28 février 1953. Normales. L'état général est bon. Au premier regard, la malade semble enceinte à en juger par le volume de son abdomen.

Les antécédents n'apportent rien;

- gynécologiques: premières règles à 14 ans, 30 jours/4 jours, légèrement douloureuses,
- obstétricaux: néant,
- généraux: 1952 Appendisectomie
 1951 Lésion tuberculeuse du sommet droit, ayant nécessité hospitalisation. Pneumothorax droit encore entretenu en 1953. Séjour de 9 mois à Hauteville, jusqu'en décembre 1952.
Recherche de BK négative à la date où la malade est vue.

A l'examen du 31 mars 1953 (Dr. Bonhomme)

- Abdomen augmenté de volume, dur, lisse, avec signe du flot dans les flancs.

- Toucher vaginal: imperméabilité vulvaire.
- Toucher rectal: masse bombant dans le Douglas
hauteur 29 cm
col petit, dur, fermé, très
postérieur.

Par ailleurs auscultation négative, pas de bruits
du coeur, pas de gonflement des seins.

On est donc en présence d'une volumineuse masse ab-
dominale, très tendue, sans circulation collatérale.

On demande: frottis vaginal

radio sans préparation: pas de squelet-
te foetal

urographie intra-veineuse.

8.4.53. Urographie intraveineuse sous l'effet de
la compression, la malade fait un petit
choc avec sueurs froides et pouls filant,
nécessitant son hospitalisation.

A l'examen (Mathieu) la masse semble re-
monter à trois travers de doigt au-dessus
de l'ombilic; elle est rénitente, tendue
et douloureuse.

13.4.53 elle semble moins douloureuse, la consis-
tance liquidienne s'affirme, mais sans mo-
dification du volume. On demande une ré-
action biologique de grossesse.

15.4.53 Mr. JAMAIN: la masse a une hauteur de 26cm,
elle est ronde, régulière, médiane, liqui-
dienne et non douloureuse.

Le toucher vaginal, possible, montre:

- un col utérin situé dans le fonds de la concavité
sacrée, donc en arrière de la masse,
- les mouvements imprimés à la masse ne se trans-

mettent pas très nettement au col,

- les culs-de-sac sont libres,
- pas d'augmentation évidente de la masse.

Actuellement retard de règles de trois semaines,
seins légèrement congestifs.

Examens COMPLEMENTAIRES:

- numération, formule sanguine:
globules rouges: 3.890.000
globules blancs: 18.000
polys neutro 90
lymphos 4
moyens mono 6
- examen cyto bactériologique des urines:
urines troubles
quelques éléments cellulaires et leucocytaires
rares colibacilles
phosphate de chaux en abondantes granulations
réaction de Bordet-Wasserman négative
urée 0,30
groupe sanguin A Rh +
vitesse de sédimentation 1 heure: 54mm
2 heures: 90mm
24 heures: 120mm

18.4.53. REACTION BIOLOGIQUE DE GROSSESSE.

Négative.

- Une lapine injectée avec 2cc de sérum est morte (5 minutes après)
- une deuxième lapine injectée avec 1cc de sérum:
réaction négative,

- cuti-réaction négative.

Devant ce tableau de volumineux kyste liquidien chez une jeune fille en très bon état général, on pose l'indication opératoire.

21.4.53 compte rendu opératoire

Opérateur: Dr.JAMAIN

Aide: Dr.BONHOMME.

Incision médiane débordant très légèrement l'ombilic à gauche.

Le kyste ne peut-être enlevé en raison de son volume. On doit le ponctionner et l'aspirer. On retire 4 litres d'un liquide grisâtre, créneux, opaque, ne contenant rien en suspension. L'exteriorisation du kyste est alors facile. A paroi épaisse, il apparaît développé aux dépens de l'ovaire gauche et tordu sur son pédicule.

Il n'est pas adhérent, sa surface est lisse.

Ligature et résection du pédicule de la trompe gauche. Le reste des organes génitaux apparaît sain, il n'y a aucune lésion péritonéale.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Bourdonnet sur la peau.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DE LA PIECE:

A la coupe le kyste apparaît cloisonné en deux poches qui toutes deux contiennent le même type de liquide. La cloison de séparation est épaisse et présente des vésicules analogues à des vésicules môlei-res.

Photos.

Prélèvements.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

EPITHELIOMA KYSTIQUE VEGETANT à type canaliculaire PSEUDO - MUCINEUX.

Mr. SOLLE, Laboratoire Hôpital Tenon

CARCINOME MUCIPARE dit ENTEROÏDE de malignité moyenne, peu radio-sensible, nous répond Mr. DE BRUX, qui ajoute: en réalité le terme enteroïde ne repose sur rien de précis, ce cancer reproduisant aussi bien des structures rappelant les glandes cervicales.

SUITES OPERATOIRES.

22.4.53 Saignement en nappe de la paroi au cours de la nuit.

26.4.53 Le matin on enlève le bourdonnet;
à 12 heures, à la suite d'efforts de toux,
saignement abondant foncé en nappe.

Temps de coagulation: 8 minutes sur tube

Tension artérielle: 12 1/2 - 6.

Synkavit - Adrenoxyl - Spongel -

Anathrombase.

A 18 heures, arrêt de l'hémorragie.

27.4.53 Transfusion de 200 grs de sang isogroupe -
Vitamine K.

On enlève les agrafes.

Après la transfusion, hémorragie légère en
nappe au niveau de la partie médiane de la
cicatrice: adrénoxyl

synkavit.

La malade sort guérie sans plus de complications

le 4.6.53.

EXAMEN POST-OPERATOIRE DE CONTROLE.

2.7.53 Dr.JAMAIN.

La paroi abdominale présente une cicatrice pigmentée médiane large de 2 doigts à laquelle seule, semble participer la peau.

A distance, on note des plaques pigmentées à la périphérie et dépigmentées au centre.
Spéculum: vagin propre.

Toucher vaginal: uterus un peu basculé en arrière, culs-de-sacs absolument souples, ovaire droit non perçu.

On ne découvre aucun ganglion.

L'état général est excellent et la malade fort satisfaite.

26.9.53 Dr.JAMAIN.

Petite éventration de la paroi.

Toucher vaginal et toucher rectal montrent un uterus basculé en arrière, mobile, non douloureux; des culs-de-sacs souples, dépressibles, indolents.

La malade a pris du poids et se sent bien.

23.1.54 Légères douleurs dûes à l'éventration.

On demande à la revoir en juin, mais elle ne revient qu'un an plus tard.

22.1.55 La malade, tout récemment mariée, vient consulter pour un léger, mais inhabituel retard de règles.

Les dernières règles: 17.12.54.

EXAMEN entièrement normal et négatif.

Frottis cervico-vaginal de dépistage lu par

Mr.DALION)

vaginal: cytolyse

bacilli vaginalis

exo-cervical: sang: présence de quelques cellules à noyau très atypique, soit augmenté de volume et irrégulier, soit hyperchromatique;

endo-cervical: mêmes atypies et UNE cellule à noyau multiples et monstrueux;

Conclusion: Classe III et IV

Frottis à refaire.

Les règles surviennent le 9.2.55.

Un frottis, pratiqué le 17-ème jour du cycle est envoyé à Mr.DALION:

Activité oestrogène importante; il existe de petites cellules à la limite de la suspiscion.

Frottis à refaire (trop pauvre).

Cependant qu'un cycle hormonal de frottis, lu au Laboratoire de l'Hôpital Tenon, montre:

22.2.55. Indice acidophile 1%

Indice pycnotique 5%

Frottis cytolytique et inflammatoire, rendant délicate l'interprétation cytologique;

19.2.55 I.A.....15%

I.P.....25%

Pas de cellules atypiques visibles.

Classe II.

22.2.55 I.A.....10%

I.P.....20%

Pas de cellules atypiques.

Classe II.

Examen du 18.4.55. Mr.JAMAIN trouve un uterus gra-
vide de 2 mois en bonne position.

Pas de masses, examen gynécologique satisfaisant.

La jeune femme, maintenant âgée de 21 ans, mène sa
grossesse à terme sans aucun incident, et met au
monde normalement un beau bébé.

Le 22.Novembre 1955, accouchement qui sera suivi de
trois autres: le 22.Novembre 1957,

le 21.Octobre 1958,

et le 6.Juillet 1960.

Les quatre enfants sont parfaitement bien portants
aujourd'hui.

Entre temps, des frottis systématiques sont prati-
qués:

23.6.55. Les frottis montrent de nombreux bacilli
vaginalis,

- une cytolyse importante.

- Présence de cellules, en petit nombre,
présentant un noyau hyperchromatique.

A la limite de la suspicion.

24.3.56 au 19-ème jour du cycle:

Cytolyse.

Quelques cellules semblent d'origine
malpighienne, avec noyaux irréguliers
et hyperchromatiques.

Classe III.

24.10.56 Au 2-ème jour du cycle.

Réaction cellulaire inflammatoire, mais
on ne retrouve pas les atypes vues sur
les précédents frottis.

Il va sans dire que, entre les grossesses, la malade fut régulièrement suivie, l'examen gynécologique s'étant toujours révélé strictement normal.

A l'occasion de ce travail, nous avons convoqué notre malade le 8.10.60. En excellent état général, elle est normalement réglée (D.R.I°/6.10.60) et ne se plaint de rien.

Examen satisfaisant - vagin un peu irrité.

Frottis systématique:

Frottis de type légèrement atrophique avec cellules fortement plissées. Au niveau du col présence de nombreux polynucléaires avec cellules malpighiennes souvent atrophiques ou peu différenciées, mais morphologiquement normales.

Classe II.

En résumé, il s'agit d'une femme qui, après exérèse d'une volumineuse tumeur maligne à l'âge de 19 ans, a donné naissance à quatre enfants bien portants, et jouit - depuis 7 ans - d'une parfaite santé, pour autant que nos moyens nous permettent d'en juger.

OBSERVATION 2. LEV....NGU....Etudiante - 26 ans.

Vue pour la première fois le 4.Juillet 1957.

Jeune femme Vietnamiennne, en France depuis 5 ans,
adressée pour:

"Métrorragies - Dernières règles normales:
20 au 31 Mai.

Uterus augmenté de volume

Ovaire droit perçu.

On soupçonne une interruption de grossesse."

(Dr.DUVAL, Hôpital Cité Universitaire)

Antécédents: - puberté normale à 15 ans,
- cuti positive depuis deux ans,
- aucun antécédent gynécologique,
obstétrical, ni d'ordre général,
Mariée, sans enfants.

Histoire de la maladie actuelle.

La malade nous dit avoir depuis 3 ans des cycles irréguliers de 30 à 40 jours avec parfois des pertes sanglantes durant plusieurs jours et survenant à deux reprises dans le mois.

Actuellement: metrorragies minimes, mais quotidiennes, depuis le 2.Juin, soit un peu plus de un mois, variant du rouge au sépia, qui l'inquiètent.

Règles et metrorragies depuis février:

Fevrier: du 1 au 6

Mars : du 7 au 9 et du 16 au 23

Avril : du 20 au 25

Mai : du 20 au 25

Juin : du 2 sans arrêt,
au 4 Juillet.

A l'examen, ce jour:

- Toucher vaginal: utérus en bonne position, mobile, de volume sensiblement normal, mais masse latéro-utérine droite, mobile, non douloureuse.

- Hysteronetrie impraticable.

Devant cette présomption de grossesse extra-utérine, on demande:

Numération - formule et groupe sanguin.

Globules rouges 4.480.000

Globules blancs 5.600

Polys neutros 46

eosinos 1

lymphos 51

normos 2

COELIOSCOPIE pratiquée le 6.7.57 par le Dr.JAMAIN

Ovaire droit kystique du volume d'une mandarine.

Annexe gauche saine.

Trompes saines.

Pas de grossesse extra-utérine.

Utérus sain, normal.

Devant ce kyste de l'ovaire, sans attendre l'hystérogographie, on décide d'intervenir, car la malade saigne toujours.

INTERVENTION pratiquée le 8.7.57 Dr.JAMAIN
Aide Dr.MICHEAU
Anesth. POUILLE.

Incision arciforme.

L'ovaire droit est augmenté de volume. A sa surface, on constate l'existence d'un follicule rompu.

La résection cunéiforme révèle une masse ferme, du volume d'une noix, bosselée, bien limitée, encapsulée, intra-parenchymateuse, sous-corticale dont l'exérèse en totalité est facile.

Poids: 5 gr.

Photos. Prélèvements.

Sutures de la tranche de section au nylon fin. Surjet. L'ovaire gauche et les deux trompes sont sains et normaux.

Paroi en trois plans.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE de la pièce.

EPITHELOMA PAPILLAIRE de l'ovaire.

Ces tumeurs sont très malignes et récidivent souvent après ablation chirurgicale - risque de carcinose péritonéale.

Dr. SOLLE. Laboratoire Hôpital Tenon.

Une coupe est envoyée à la Faculté de Médecine, d'où Madame Gauthier-Villars nous confirme la malignité.

Pour Mr. DE BRUX, il s'agit aussi d'un CARCINOME PAPILLO-GLANDULIFORME massif, de type mullerien, et il insiste sur sa grande malignité. Cette forme serait radio-sensible.

SUITES OPERATOIRES sans histoires. Les règles apparaissent normalement le 10. Juillet 1957, et la jeune femme sort en bon état apparent le 17.7.57.

Elle part en Maison de Repos, puis en vacances et ne revient nous voir que le 5. Octobre 1957. Entre temps s'était posé pour nous le problème d'une

réintervention radicale.

Or, le 5.Octobre, date du 1-er examen post-opératoire, notre malade est, à sa grande joie, enceinte d'un peu plus de 2 mois; les dernières règles sont du 10.Juillet 1957, la fécondation s'étant vraisemblablement produite lors de la 1-ère ovulation après l'intervention.

La grossesse évolue normalement et l'examen gynécologique est entièrement satisfaisant.

Un frottis vaginal systématique est fait ce jour:

Frottis de type gravidique montrant une égale proportion de cellules superficielles et intermédiaires avec quelques rares cellules naviculaires. Les cellules cervicales ont une structure normale. Il n'y a pas de cellules néoplasiques visibles.

Classe I.

La jeune femme mène, sans encombres, sa gestation à terme.

Le 14.Avril 1958 elle met au monde un garçon qu'elle prénomme "DIEM", ce qui, nous écrit-elle, signifie "bonne nouvelle".

Accouchement simple aux spatules.

Allaitement maternel.

Suites de couches normales.

24.Mai 1958: A l'examen, l'utérus est en bonne position, de volume normal, non douloureux. L'ovaire droit est perçu, de taille et de sensibilité normales.

Culs-de-sacs souples.

Vagin un peu rouge.

On attend le retour de couches pour faire un frottis.

2.Juin. Retour de couches peu abondant.

14.Juin Frottis cervico-vaginal: (la malade saigne) hémorragique légèrement inflammatoire, montrant une desquamation très abondante de cellules folliculiniques.

Indice pycnotique80% de cellules plates

Indice pycnorique75%.

Les cellules cervicales sont normales et on ne retrouve pas de cellules endo-utérines.

Aspect cytologique reflétant un état hyperfolliculinique. Hyperplasie endométriale possible.

Classe I.

14.Septembre: Nouveau frottis, très riche en cellules oestrogéniques, correspondant à la période d'ovulation. Les frottis cervicaux sont inflammatoires et contiennent d'assez nombreux histiocytes. Mais les cellules malpighiennes ou endocervicales sont normales. Aucune atypie néoplasique visible.

Classe II.

La malade se préparant à quitter la France pour regagner le VIET-NAM, nous demandons une coelioscopie de contrôle, facilement acceptée.

COELIOSCOPIE vaginale le 13.Septembre 1958.

- Organes génitaux normaux: la face postérieure de l'utérus est de volume normal, les deux trompes paraissent saines.

- L'ovaire droit est vu par sa face supérieure et son bord inférieur, le reste étant masqué par des replis péritonéaux. Sur cette face supérieure existe une zone congestive près du ligament utéro-ovarien.

Sur la face postérieure, près du bord inférieur existe une petite irrégularité correspondant probablement à la cicatrice de l'intervention antérieure.

- Péritoine normal en tous les points vu^s.

Etat général: excellent.

Malheureusement, nous sommes, depuis 1958, sans nouvelles de cette jeune femme, dont nous ignorons l'adresse actuelle à l'étranger. Mais il ne nous est pas non plus parvenu de demande de compte-rendu opératoire médicaux, à son sujet émanant d'un médecin ou d'un chirurgien, appelé à la traiter.

21 CAS ANALOGUES RECENSES DANS LA LITTERATURE.

= = = = =

Si les cas de coexistence d'un cancer ovarien avec une grossesse - quelle qu'en soit l'issue - ne sont pas rares, il n'en est pas de même pour ceux où la grossesse, débutant APRES l'ablation du seul ovaire porteur d'une masse tumorale, évolue favorablement.

Nous n'en avons retrouvé qu'un nombre fort restreint dans la littérature mondiale, à propos desquels nous voudrions d'emblée faire une remarque: si notre attitude thérapeutique nous fut imposée les événements, celle des auteurs cités paraît pesée et voulue, peut-être pour les plus anciens par reconnaissance du risque, mais surtout pour beaucoup, elle semble déterminée par la grande jeunesse et le désir de maternité de la patiente.

Ce sont là des points sur lesquels nous reviendrons, en analysant les réflexions que nous ont inspiré nos deux malades personnelles.

KRATZENSTEIN 1897 - 3 cas.

I. Femme de 27 ans. Augmentation de volume de l'abdomen et dysménorrhé, depuis 1 an.

A l'intervention: tumeur libre de toute adhérence, reliée à la corne utérine droite par un épais pédicule.

Anatomie pathologique: Kyste papillaire de l'ovaire droit avec dégénérescence carcinomateuse des

papilles.

Evolution: 4 enfants bien portants.

Date à laquelle elle a été revue non précisée.

II. Femme de 32 ans. Augmentation du volume de l'abdomen et douleurs lombaires basses insupportables, sans troubles menstruels, depuis 8 mois.

A l'intervention: importante ascite brûnâtre, tumeur d'apparence solide, adhérent largement au bord gauche, composés de petits kystes, avec de multiples épaissements.

Anatomie pathologique: Cystocarcinome multiloculaire de l'ovaire gauche.

Evolution: 1 enfant, né à terme un an plus tard. Mort de la femme, 6 ans $\frac{1}{2}$ après, de cause inconnue.

3. Femme de 38 ans. Douleurs de l'hypochondre droit.

A l'intervention: exérèse d'un kyste de l'ovaire droit de la taille d'une tête humaine.

Anatomie pathologique: Kyste avec dégénérescence carcinomateuse.

Evolution: Accouchement normal, 1 ans après. Pas de récides 2 ans plus tard.

HOFMEIER (cité par SCHWETAS) 1905 - 2 cas.

4. Femme de 24 ans. Symptômes non précisés. Tumeur annexielle droite.

A l'intervention: Exérèse de l'ovaire atteint mais l'ovaire gauche, augmenté de volume, à albuginée

épaissie, est laissé en place.

Anatomie pathologique: kyste de l'ovaire droit, avec
dégénérescence carcinomateuse.

Evolution: 2 ans après, naissance d'un garçon bien
portant,

4 ans après naissance d'une fille d.c.d.
à 5 semaines,

5 ans après l'intervention aucun trouble.

5. Femme de 27 ans.

Volumineuse tumeur solide, bosselée. Autres
symptômes non spécifiés.

A l'intervention: dans le petit bassin, formations
tumorales de surface, assez difficiles à cli-
ver, d'ou importantes hémorragies.

Anatomie pathologique: Carcinome de l'ovaire gauche

Evolution: 1 ans près, accouchement normal,
et 14 ans après: règles normales,
cicatrice abdominale lisse.

TAUFFER 1905 1 cas.

6. Age de la malade non précisé.

Symptomatologie non précisé.

A l'intervention: extirpation d'une tumeur solide
du volume de deux poings, à surface lisse.

Péritoine intact.

Anatomie pathologique: Adenocarcinome papillaire
de l'ovaire droit.

Evolution: revue 8 ans plus tard: 3 enfants, excel-
lent état général.

CARL W. 1909 2 cas.

7. Age de la malade non précisé.

Douleurs et "gonflement" du bas-ventre depuis 3 mois.

Spanio - et oligonénorrhée remontant au dernier accouchement, il y a 4 ans.

A l'intervention: Kyste de l'ovaire droit à paroi épaisse qui adhère un peu, par sa face supérieure au colon et au grand épiploon.

Salpingo-ovariectomie droite. Suites simples.

Anatomie pathologique: Endothéliome ?

Evolution: 1 ans plus tard, accouchement normal et revue 4 mois plus tard, la malade est en parfaite santé.

8. Age non précisé.

Symptômes inconnus. Peu de détails.

A l'intervention: ovariectomie (côté?)

Anatomie pathologique: carcinome.

Evolution: revue 9 ans plus tard, la femme est en excellent état général et a 2 bébés.

VON VELITS 1906 1 cas.

9. Jeune fille de 17 ans.

Augmentation de volume de l'abdomen, croissante, depuis 15 mois. Règles irrégulières.

A l'intervention: extirpation d'une tumeur du volume de deux têtes, absolument libre, solide, de consistance pâteuse.

Anatomie pathologique: Carcinome de l'ovaire.

Evolution: par la suite, la malade se marie; revue

13 ans plus tard, elle a 4 enfants, pas de récidives.

SCHNEIDER 1927 3 cas.

10. (Ici, comme pour le cas N° 7, l'histologie nous paraît douteuse et sujette à caution.)

Femme de 31 ans, 1 enfant.

Antécédents: curetage pour importantes hémorragies il y a 3 ans.

Depuis 2 ans, anénorrhé,

amaigrissement net, anémie,

apparition d'une pilosité de type masculin.

A l'intervention: Kyste de l'ovaire gauche du volume d'une tête, solide par endroits, est enlevé. Une poche du volume d'un poing éclate, déversant son contenu liquide dans la cavité abdominale. L'utérus et l'ovaire droit paraissent entièrement normaux.

Anatomie pathologique: Kyste multiloculaire, dont les zones solides sont carcinomateuses. (Le tableau clinique évoquerait plutôt l'arrhénoblastome).

Evolution: 2 ans plus tard, naissance à terme d'un garçon bien portant.

11. Vierge de 26 ans.

Symptômes non précisés.

A l'intervention: ablation d'une tumeur plus grosse qu'une tête humaine sur l'ovaire gauche.

Anatomie pathologique: Carcinome ovarien.

Evolution: RADIO-THERAPIE POST-OPERATOIRE.

et cependant: 2 ans plus tard 1 avortement

4 " " " 1 enfant vivant

6 " " " 1 enfant vivant.

12. Femme de 25 ans.

Aucun antécédent obstétrical ou gynécologique.

Hémorragies et douleurs pelviennes droites.

A l'intervention: exérèse d'une tumeur molle, bien limitée, du volume d'une tête d'enfant, développée aux dépens de l'ovaire droit. On laisse l'annexe gauche en place.

Anatomie pathologique: Carcinome à cellules cylindriques.

Evolution: 2 ans plus tard, naissance d'un garçon pesant 3,500 Kg., 6 ans plus tard, pas de récidives.

D'ERCHIA 1935 1 cas.

13. Femme de 20 ans.

Jusqu'alors bien réglée.

Les derniers temps, sont apparus des troubles menstruels: les règles, devenus nettement moins abondantes, sont irrégulières, souvent deux fois par mois.

Troubles urinaires: mictions fréquentes et impérieuses.

Pesanteurs pelviennes.

A l'intervention: ablation d'une tumeur de l'ovaire droit, prolabée dans le Douglas, partie solide, partie kystique.

Anatomie pathologique: Carcinome simple de l'ovaire.

Evolution: 3 mois plus tard, la malade est enceinte.

Naissance à terme d'un enfant vivant.

MARTIN 1934 1 cas.

14. Femme de 21 ans.

Clinique non précisée.

A l'intervention: exérèse d'une tumeur unilatérale,
sans adhérence ni métastases.

Anatomie pathologique: Adéno-carcinome.

Evolution: Devant le vif désir de maternité de la malade, on s'abstient de toute radio-thérapie post opératoire.

2 ans après, naissance d'une fille à terme,

3 ans plus tard, la malade semble indenne.

VON SZATHMARY 1935 3 cas.

15. Femme de 19 ans, 1 enfant.

Clinique non précisée.

A l'intervention: tumeur ovarienne droite du volume
d'une tête de nouveau-né.

Anatomie pathologique: Kyste avec dégénérescence carcinomateuse.

Evolution: 4 ans plus tard, naissance à terme d'un
garçon de 4,500 kgs.

8 ans plus tard, la femme est en parfaite santé.

16. Femme de 29 ans.

1 avortement, 1 accouchement prématuré à 6 mois.

Autres troubles non spécifiés.

A l'intervention: ablation d'une tumeur ovarienne à
droite, presque de la taille d'une tête d'homme.

Anatomie pathologique: Kyste avec transformation carcinomateuse.

Evolution: 1 an plus tard, la malade doit subir une
intervention iléale (rapports avec le cancer non

précisés), à la suite de laquelle une anénorrhée de 6 ans s'installe.

Mais 11 ans après l'ablation de la tumeur ovarienne, la femme est enceinte, bien portante.

17. Femme de 39 ans.

1-er accouchement 20 ans auparavant et le dernier, 3 mois avant l'examen actuel.

Maigrissement important.

A l'intervention: excrèse d'une tumeur ovarienne droite du volume d'une fois et demie une tête d'adulte, partiellement cancereuse. Après cette ablation, la malade est considérée comme guérie, et sort.

Evolution: 2 grossesses normales.

14 ans après l'opération, la femme est bien portante, sans trouble aucun, comme ses enfants.

SCHOMIG 1949 1 cas.

18. Principale de 30 ans.

Troubles non spécifiés.

A l'intervention: extirpation d'une tumeur de l'ovaire gauche, adhérente à l'intestin et à la vessie.

Anatomie pathologique: Kyste avec transformation carcinomateuse.

Evolution: RADIO-THERAPIE POST-OPERATOIRE:

Une dose triple de la dose de castration est appliquée en 4 fois durant 7 jours.

Cependant, 9 ans plus tard une grossesse est menée à terme.

A l'~~âge~~ de 7 ans, l'enfant - examiné par un un pédiatre, un neurologue et un généraliste - est absolument sain et normal.

Pour ces deux observations de grossesses normales après radio-thérapie, nous n'avons aucun détail sur les zones irradiées, ni sur les moyens de protection utilisés, et nous nous garderons d'en tirer aucune conclusion: ce sont là des faits d'exception, qui sortiraient du cadre de notre travail.

SCHAEFER . 1953.

20. Fille de 16 ans.

Clinique non spécifiée.

A l'intervention: Kyste géant de l'ovaire gauche.

Annexe droite et utérus laissés en place.

Anatomie pathologique: Kyste à cellules de Becker, avec dégénérescence cancéreuse.

Evolution: 9 ans après, grossesse normale et naissance d'un enfant mâle de 3 kgs.

SCHMIDT H.H. et SCHWETAS H. publié en 1953.

21. Paysanne de 36 ans.

Consulte pour stérilité.

Antécédents: rachitisme

poliomyélite en 1923

appendicectomie 1931

typhus 1945

A l'examen: paraît plus que son âge

coeur et poumons R.A.S.

utérus légèrement augmenté de volume

peu mobile;

annexe droite ronde, sensible, élastique, de 5 cm. de diamètre,

annexe gauche non modifiée.

Après examen du mari, qui permet d'éliminer toute cause masculine de stérilité, et une fois l'hystéroggraphie pratiquée, celui-ci demande instantanément l'intervention, car - dit-il - "Noël sans enfants est sans joie".

A l'intervention: le 20.12.49

L'ovaire droit, de 7X15 cm., est libéré de ses adhérences avec la face postérieure de l'utérus et le colon.

Exérèse de l'annexe droite.

L'annexe gauche est laissée en place; à part de petites adhérences, elle n'est pas modifiée. Sur la paroi postérieure de l'utérus, on répère un myome sous-séreux de 3X12 cm., aisément énucléable.

Anatomie pathologique: dans l'ovaire droit coexistent un kyste dermoïde et un petit adénocarcinome.

Evolution: étant donné l'âge de la patiente et surtout son violent désir de maternité, on s'abstient de réintervenir, ce d'autant plus qu'on estime l'essaimage du néoplasme en tissu sain, une presque-certitude.

On demande à la femme de se soumettre à une surveillance régulière - tous les deux mois - et elle sort le 31.12.1949.

Le 14.4.1950. - bon état général

Le 8.8.1951 Pr.Mestwerdt.

Grossesse constatée; Dernières règles:
28.4.51.

5.2.1952 La radio confirme la géméité.

3 essais de déclenchement (Quinine-Post-Hypophyse)
restent en effet, quand enfin se produit la rupture
spontanée de la poche des eaux, et elle entre en
travail le 14.3.53.

Le premier enfant, en occipito-postérieure, meurt
en anoxie, mais le deuxième est, heureusement, ex-
trait vivant. (3.250 kgs)

Le 3.3.1953 le contrôle ne montre aucune récidence,
Fin Mai 1954 - la malade confirme par lettre, son
excellent état général. Son enfant est, lui aussi,
bien portant.

Cette observation, la plus récente, est aussi la
plus précise. C'est à l'obligeance du Professeur
H.H.SCHMIDT de l'Université de ROSTOCK (Allemagne
de l'Est) que nous la devons.

Une 22-ème observation nous a paru d'être rapportée
ici, - quoique hors de notre propos - puisqu'il
s'agit d'un sarcome - car elle est absolument éton-
nante:

VON FRANQUE.

Fille de 16 ans.

1916 - excrèse d'un volumineux sarcome de l'ovaire
gauche. RADIO-THERAPIE post-opératoire.

1919 - récidence, du volume de deux reins, à la face
antérieure de la colonne thoracique -

considérée comme inopérable.

Sous couvert d'une minutieuse protection de l'ovaire droit, irradiation en 4 séries.

1920 La tumeur n'est plus retrouvée.

1922 et 1924 - Naissance de deux enfants normaux.

1926 - 6 ans et demi après la récurrence, la malade est bien portante.

- o - o - o -

REFLEXIONS SUR PRONOSTIC, DIAGNOSTIC,
= = = = =
ET THERAPEUTIQUE.
= = = = =

Nos observations personnelles illustrent assez bien l'incertitude - pour ne pas dire le doute - qui règne dans le domaine du carcinome de l'ovaire, de quelque façon que soit envisagé ce problème.

1. En effet, considérons la clinique et la symptomatologie:

De nos deux malades, aucune ne présentait, au premier examen, un signe clinique évocateur d'une atteinte cancéreuse:

Etat général parfaitement conservé:

ni asthénie,
ni amaigrissement
ni malaises.

Pas d'ascite ni d'oedème,
pas de douleurs.

Le seul symptôme incriminé était pour l'une:
une importante augmentation du volume de l'abdomen, absolument isolée, évocatrice d'un kyste de l'ovaire,

pour l'autre:

des troubles et des pertes distillantes, ayant fait soupçonner la possibilité d'une grossesse ectopique.

Rien assurément de bien évocateur dans tout cela.

Parmi les 21 cas rassemblés, les troubles ayant amené la malade à consulter ont été:

- 1) UNE AUGMENTATION DU VOLUME DE L'ABDOMEN
isolée dans 2 cas (Von VELITS 1906)
(SCHAEFER 1953)
associée à des douleurs dans deux cas:
douleurs atroces (KRATZENSTEIN 1897)
Pesanteurs (CARL 1909)
associée à une dysménorrhée, récente dans
1 cas (KRATZENSTEIN 1897)
- 2) Des DOULEURS pelviennes dans deux cas:
isolées (KRATZENSTEIN 1897)
associées à des hémorragies
(SCHNEIDER 1927)
- 3) Des TROUBLES URINAIRES dans 1 cas
(D'ERCHIA 1934)
- 4) 2 cas, cependant, relatent un AMAIGRISSE-
MENT notable, (VON SZATHMARY 1935)
l'association avec une anénorrhée et une
vérilisation, dans ce deuxième cas, fait
douter du diagnostic du carcinome.
(SCHNEIDER 1927)
- 5) Dans 9 cas, on nous signale que la TUMEUR
fut la cause de l'intervention, sans en
préciser les circonstances de découverte.
(HOFMEIER 1905)
(TAUFFER 1905)
(SCHNEIDER 1927)
(MARTIN 1934)
(Von SZATHMARY 1935)
(SCHÖMIG 1949)

6) Un cas est une découverte, lors d'une intervention pour stérilité, donc sans signe. physique ni fonctionnel, autre que la stérilité.

(SCHMIDT

1953)

Bien que ce recensement soit restreint, nous rejoignons les résultats publiés par MEIGS, WHEELLOCK et FENNEL en 1951, sur une étude de 67 cas de carcinomes de l'ovaire suivis de 1935 à 1943, où les circonstances de découverte furent:

- Augmentation de volume de l'abdomen			
ou une masse	61%	des cas	
- Douleurs	57%	"	"
- Saignements	21%	"	"
- Vomissements	22%	"	"
- Constipation	10%	"	"
- Symptômes urinaires	9%	"	"
- Fatigue - Dyspnée	3%	"	"
- Asymptomatiques	3%	"	"

Des auteurs canadiens de la MAC GILL UNIVERSITY, se fondant sur 270 cas, écrivaient en 1956:

" La douleur et l'augmentation du volume ou le "gonflement" de l'abdomen sont de loin les symptômes les plus fréquemment rencontrés.

Les malades saignent rarement; la douleur et l'oedème des membres inférieurs - qu'ils retrouvent dans 14 cas sur 270 - leur semblait signer une invasion extra-ovarienne."

La MAYO CLINIC de Rochester, dans sa mise au point de 1959 sur ce sujet, donne sur 172 cas de

carcinomes ovariens les chiffres suivants qui corroborent les précédents à peu de choses près:

- <u>Douleurs abdominales</u>	48%
- <u>Augmentation du volume de l'abdomen</u>	43%
- <u>Manifestations urinaires</u>	14%
- <u>Métrorragies</u>	10%
- Pésanteurs pelviennes	9%
- Occlusion intestinale	4%
- Amaigrissement	3,5%
- Etat fébrile	2,3%
- Défaillance cardiaque	1,7%
- Découverte fortuite de la tumeur	10,5%

Quel enseignement tirer de ce tableau si protéiforme, quant à la découverte précoce de ce cancer?

Il n'en existe certes pas de signe pathognomonique, mais il FAUT évoquer la tumeur ovarienne maligne devant une augmentation du volume de l'abdomen, isolée ou s'accompagnant de douleurs.

Ce n'est là rien de très positif, mais en matière de cancer de l'ovaire, la certitude ne se rencontre à aucun échelon, ce qui rend le diagnostic, et partant plus difficile, voire même hasardeux.

II. En effet, ce diagnostic, la seule clinique ne saurait nous permettre de le poser - il n'est

pour s'en convaincre que de lire les observations publiées à ce jour: dans la majorité des cas, l'indication opératoire fut posée avec un diagnostic pour le moins incomplet, la tumeur ovarienne étant en général évoquée.

L'intervention va-t-elle nous éclairer et nous apporter cette notion de malignité qui devrait conditionner le pronostic, et surtout la thérapeutique?

A ventre ouvert, loin d'avoir des critères de malignité, nous ne trouvons ici que des "nuances", selon le terme de H.G.ROBERT, qui ajoute:

" les végétations extra-kystiques seraient un indice de malignité, (83% de récurrences pour FROMME), l'adhérence aux organes voisins est signe fréquent de malignité, les greffes péritonéales à distance sont en général des témoins de haute malignité."

Quant à l'existence d'une ascite, si elle est évocatrice, il faut cependant se souvenir de la bénignité du syndrome de MEIGS.

Nos deux malades ne présentaient aucun de ces symptômes, donc à ce stade encore, pas de présomption quant à la véritable nature de leur tumeur.

Dans les 21 cas de notre recensement, la notion d'adhérences aux organes voisins, 4 fois retrouvée, ne semble pas avoir sensiblement grevé le pronostic. Une malade même, présentait - pour autant qu'on puisse en juger par le protocole - des greffes péritonéales.

En fait, l'imprécision des données tirées de l'aspect opératoire ne permet pas de prédictions, sinon très approximatives (MATHIEU et PLANCHU), du moins au stade du diagnostic, qui nous retient actuellement.

C'est un diagnostic d'histologie. Ceci a incité MEIGS - dans son étude sur le carcinome ovarien - à demander une étroite collaboration du chirurgien et de l'anatomo-pathologiste, allant même jusqu'à la biopsie extemporanée, telle qu'elle est aujourd'hui couramment pratiquée, pour le cancer du sein par exemple.

III. Mais là encore, nous sommes en présence des mêmes difficultés, et l'accord est loin d'être fait entre les histologistes, qui souvent hésitent à déterminer la frontière du BENIN et du MALIN.

Des critères de malignité - spécifiques - nous n'en possédons pas plus dans ce domaine. Certes, tous les auteurs (De BRUX - MORICARD) reconnaissent de la valeur aux classiques critères néoplasiques:

nombre de mitoses

anarchie cellulaire avec structure histologique et vascularisation bouleversées,
hyalinisation,

et surtout

l'envahissement du stroma,

absence de limitation du processus et infiltration de la capsule (MORICARD)

De plus, des végétations tapissées d'une couche de cellules unique, sans stratification ni mitose, sans atypie cellulaire ni nucléaire, sans métaplasie épidermoïde, sans plages pleines en profondeur ni foyer de nécrose, sont très en faveur de la benignité. (MATHIEU et PLANCHU).

Mais le point litigieux est l'interprétation à donner aux coupes dans lesquelles les tests histologiques sont moins tranchés.

Pour certains auteurs, il faut aussi s'attacher à déterminer l'origine wolffienne ou germinative du processus. Ils estiment que le simple fait de ne pouvoir retrouver l'embryogenèse tumorale est déjà un soupçon de malignité; et ils ajoutent:

" Lorsque, dans une tumeur wolffienne, l'un quelconque des critères de bénignité fait défaut, sauf peut-être l'absence de nécrose, le pronostic est mauvais.

Pour les tumeurs germinatives au contraire, il est permis d'être plus optimiste, même devant une pluristratification et quelques anarchies cellulaires ou nucléaires."

(1951 - MATHIEU et PLANCHU)

Tous les auteurs insistent sur le plus grand potentiel évolutif des tumeurs anaplasiques (BARZILAI) et immatures.

Les Américains (MUNELL et TAYLOR - MONTGOMERY-MEIGS) comme certains Français classent leurs coupes selon 3 degrés de malignité:

FAIBLE

MOYEN

ELEVE

et attachent une grande importance pronostique au degré d'extension de la tumeur.

En effet, celui-ci semble dépendre à la fois du type histologique et de son degré de malignité.

C'est ainsi qu'ils définissent, parmi les carcinomes observés à l'intervention, 4 stades.

Et nous arrivons là - à notre sens - aux seuls véritables éléments de PRONOSTIC que nous possédions, qui semblent être le mieux confirmés par l'évolution pour toute imprévisible qu'elle reste.

STADE I tumeur confinée uniquement à l'ovaire

STADE II lésions infiltrantes

rupture de la capsule

ou certaines excroissances en dehors de la tumeur, mais sans rien de manifeste en plus de l'atteinte ovarienne.

STADE III-dissémination pelvienne

STADE IV métastases extra - pelviennes.

Certains même distinguent un stade 0 ou in situ

un stade 2A où les deux ovaires sont touchés, mais sans atteinte pelvienne,

un stade 4A avec métastases hépatiques.

Nous n'irons certes pas jusqu'à faire nôtres les conclusions des auteurs de la MAYO CLINIC qui écrivent:

" L'extension de la tumeur pouvant être souvent déterminée par l'examen clinique, on peut - dès avant l'intervention fixer le pronostic du carcinome de l'ovaire⁹.

Ils en donnent pour preuve, sur leur série de 172 cas:

92%	de	survies	de	5	ans	pour	le	stade	I
88%	"	"	"	"	"	"	"	"	II
44%	"	"	"	"	"	"	"	"	III

et à peine

5%	de	"	"	"	"	"	"	"	IV
----	----	---	---	---	---	---	---	---	----

après traitement, bien entendu.

Ils nous semble cependant légitime de faire grand cas du degré d'extension dans la détermination de la conduite à tenir.

Nos malades personnelles étaient, toutes deux, des stades I, ou même 0.

Sur quoi donc peut-on se baser pour essayer de porter un PRONOSTIC? Tout ici peut se voir, du plus attendu au plus contradictoire.

- Les tumeurs kystiques seraient de meilleur pronostic que les formes solides.
- Les épithéliomas papillaires sont considérés par tous depuis longtemps (PFANNENSTIEL, MILLER, SELYE, pour ne citer que ceux-là) comme d'une haute malignité, et pourtant un de nos cas personnels semble encore indenne.
- Les formes tumorales histologiquement immatures - les plus graves - peuvent se voir dans un stade I, et le cancer de nos malades macroscopiquement à ce stade - était d'une

malignité élevée pour l'une, moyenne pour l'autre.

Des observations américaines et allemandes rapportent des stades IV considérés comme inopérables, ayant bénéficié d'une survie de 12 et 14 ans, après la seule biopsie!

H.G.ROBERT a pu écrire:

"Aucun parallélisme n'existe entre la malignité macroscopique et l'allure des cellules."

Et il cite à l'appui, une malade personnelle opérée d'un kyste adhérent histologiquement bénin, qui mourut en 60 jours d'une explosion néoplasique.

"Aucune donnée clinique ne nous a paru permettre de prévoir l'évolution" - écrivaient en 1951 MATHIEU et PLANCHU, et ils ajoutaient: "en particulier L'AGE n'est ni une raison d'espérer, ni de formuler d'avance un pronostic fatal."

Il n'y a non plus aucune corrélation entre la durée des symptômes jusqu'à la découverte de la tumeur et la survie; sur ce point aussi, toutes les statistiques concordent.

En fait, si les uns accordent plus d'importance à la malignité histologique, les autres au degré d'extension, tous les auteurs sont d'accord pour déplorer à la fois la gravité et la totale incertitude qui planent sur l'avenir de la femme atteinte d'une forme maligne de tumeur de l'ovaire. Quoi de plus désabusé que cette phrase de MEIGS; à propos de ce carcinome:

"Lorsqu'une malade meurt de sa tumeur, il reste peu de doute sur la malignité de celle-ci."

Et nous abordons là le noeud du problème: devant une tumeur réputée très maligne, où la pauvreté de la clinique rend tout diagnostic précoce aléatoire, où l'évolution est difficilement prévisible, et où les éléments de pronostic sont mouvants, COMMENT CODIFIER une THERAPEUTIQUE?

IV. La CONDUITE à TENIR est, bien entendu, essentiellement chirurgicale.

Les agents physiques allant à l'encontre du but physiologique que nous nous étions proposés, nous laisserons à d'autres plus qualifiés le soin d'en apprécier la valeur, d'ailleurs assez contestée, aussi bien comme palliatif, que comme appoint post-opératoire.

Depuis MAC DOWELL (du KENTUCKY), qui le premier pratiqua l'ablation des ovaires, une tumeur ovarienne ne comporte une sanction chirurgicale, qui se doit d'être radicale si la malignité est reconnue. Il est admis par tous, aujourd'hui, que :

TUMEUR MALIGNE de l'ovaire = ANNEXECTOMIE
BILATERALE + HYSTERECTOMIE.

PFANNENSTIEL, ardent champion de cette attitude, en 1905 à un congrès de gynécologie, allait même jusqu'à la prôner en cas de tumeur bénigne! Il estimait, lui, que l'âge de la malade ne devrait pas entrer en ligne de compte. En 1938, un auteur allemand écrivait:

" Laisser en place le deuxième ovaire et renoncer à la radiothérapie post-opératoire repré-

sente un tel danger pour la malade et une telle responsabilité pour le médecin qu'il est préférable d'y renoncer ". (GRAINZ).

Notre responsabilité? oui, certes, elle est immense. Mais ne l'engageons-nous pas tout aussi gravement lorsqu'en castrant une femme, nous perturbons grandement l'harmonie de ses fonctions, et la condamnons à la stérilité?

MARTIUS a pu écrire:

"La possibilité de mettre des enfants au monde doit plus compter que celle d'une éventuelle récédive".

C'est là aller peut-être un peu loin. Mais si l'intervention radicale ne se discute pas chez une femme de plus de 40 ans, ou devant une tumeur tant soit peu invasive, le problème peut et même DOIT se poser dans certains cas.

Ici, en effet, tout est affaire de CAS PARTICULIER. C'est un angoissant dilemme que doit trancher le chirurgien qui découvre un carcinome unilatéral de l'ovaire chez une jeune femme. Car on sait que cette tumeur est souvent unilatérale chez la femme jeune, on sait que ce cancer semble devenir de plus en plus fréquent chez la femme en période d'activité génitale, on sait qu'il est de mauvais pronostic mais aussi d'évolution imprévisible.

Faut-il donc, d'office, priver la jeune fille ou la femme de moins de 30 ans de tout son potentiel de maternité sans même évoquer une possibilité de conservation?

Nous ne le pensons pas, car trop grave est la sanction quel que soit le mode d'intervention choisi. En outre, il ne faut pas oublier non plus le drame que représente, du point de vue psychique autant que physique, une castration précoce.

Il va sans dire que, pour que se justifie la discussion, il faut que trouve d'emblée réuni un faisceau de facteurs, que nous n'oserions dénommer critères:

1) Facteurs inhérents à la malade:

son AGE: passés 40 ans, il ne saurait être question de conservation;

son DESIR DE MATERNITE, et à fortiori, la STERILITE, si elle existait;

la possibilité de SURVEILLANCE: il faut, en effet, qu'elle accepte de se soumettre à des contrôles aussi rigoureux que réguliers.

Nécessaires, mais non suffisants, car ces facteurs "humains" sont conditionnés par des critères tumoraux qui mettent directement en jeu la vie de la malade.

2) En effet, le problème ne se pose que:

- devant une tumeur bien limitée, encapsulée,
aisément clivable
non adhérente,

- il faut que l'autre ovaire paraisse macroscopiquement indemne (ce qui hélas! - ne saurait être très probant).

- Histologiquement enfin, il ne doit y avoir

aucun signe d'envahissement du stroma, aucun effondrement de la capsule, mais une LIMITATION PARFAITE du processus, confirmant les données opératoires.

Cependant, si bien des faits troublants ont été rapportés, si nos deux malades personnelles constituent d'heureuses surprises, nous ne nous cachons point la gravité du risque couru. Nous ne possédons aucun critère réellement valable, et nous sommes intimement convaincus que l'intervention radicale reste l'attitude la plus sage dans la majorité des carcinomes ovariens.

Bon nombre d'auteurs pourtant - et MEIGS lui-même - admettent la possibilité de l'intervention conservatrice pour certains cas bien précis de femmes jeunes porteuses de tumeurs unilatérales au stades 0 ou I.

Toutes les statistiques, d'ailleurs, font état d'un certain pourcentage d'intervention unilatérales. D'aucuns, mêmes; étudiant les survies post-opératoires, ont remarqué une différence minime entre les résultats de l'hystérectomie avec castration, et ceux de la suppression pure et simple de la tumeur, et que la:

".... castration unilatérale est suffisante pour une forme strictement limitée à l'ovaire?

A laisser parler les chiffres, il serait permis de le croire. Nous croyons cependant qu'il ne

faut pas en tirer des conclusions aussi
désabusées..."

- o - o - o -

C O N C L U S I O N.
= = = = =

Nous avons cru utile de relater ces cas, où sans la survenue de la gravidité, nous nous serions sentis obligés de réintervenir - radicalement cette fois - chez nos deux jeunes femmes.

Actuellement, le recul aidant, nous estimons que nous les aurions lésées - rappelons que l'une d'elles n'avait que 19 ans et a mis au monde 4 enfants depuis.

Ce fut là, selon le mot de notre Maître JAMAIN, une "leçon de modestie" et si, d'aventure nous nous retrouvions en face de la même situation, l'acuité du problème n'en serait que plus grande pour nous. Ajoutons qu'il nous paraît bien difficile d'en faire partager la responsabilité à la malade, car lui exposer le risque couru reviendrait à lui dire la nature de son mal.

Pour s'être posé à nombre d'auteurs, l'angoissant problème du carcinome ovarien n'en est nullement éclairé.

Nous ferons notre constatation de MEIGGS:

" L'intervention radicale doit être la règle, la conservation l'exception, "

et ne saurions mieux conclure qu'en souhaitant avec SELYE et lui, la création d'un registre des

tumeurs ovariennes pour une étude statistique valable, et surtout - à notre échelle - une étroite collaboration au clinicien et de l'anatomopathologiste, meilleur élément d'une lutte efficace contre ce cancer, qui représente à lui seul plus du dixième des cancers gynécologiques.

Vu, le Président de Thèse

Monsieur le Professeur
FUNCK - BRENTANO

Vu, le Doyen de la

Faculté :

Monsieur le Professeur
L. BINET

Vu, et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E.

- ALLAN M.S. & HERTIG A.T. - Carcinoma of ovary
AM.J.Obst.& Gyn.58:640-653 1949
Springer ed.
- BAUER K.H. - Das Krebsproblem - 1949
- BARZILAI G. - In Atlas of Ovarian Tumors N.Y. 1943
- BRODERS - The Grading of carcinoma. N.Y. 1925
- DE BRUX J. et WENNER-MANGEN H. - Hystophysiologie
de l'appareil génital: L'ovaire in
ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE de
GYNECOLOGIE. T.I.-20 A 106 6 - 1954
- CARIKER M. et DOCKERTY M.P. - Mucinous cystadenomas
and cystadenocarcinomas of the
ovary. A report of 355 cases.
Cancer 1954 - 7; 302 -310
- CARL W. - Endotheliale Ovarialtumoren - Arch.
Gyn. 1909; 89 608
- CORSCADEN J.A. Gynecological cancer.
- CRAINZ F. - Die Behandlungserfolge bei den bö-
sartigen Eierstocksgechwülsten.
Strahlentherapie 1938; 63, 434
- DIEULENGARD P. Valeur des critères anatomiques et
cliniques dans la cure chirurgicale
des tumeurs ovariennes.
Gynec. et Obst: 43, 5-8, 1945.
- DAVEO J.P., NEGREL A.
et MEILLAND R. Epithélioma végétant de l'ovaire et
grossesse.
Gyn.Obst.(suppl.)3, N° 2, 293-294;
1951.
- DELASCIO D.
et GUARIENTO A. Néoplasmes de l'ovaire et grossesse

Revista de Ginecologia e Obstetri-
cia 44: 4.Avril 1950.

DAVIS, LATOUR et
PHILPOTT

Primary carcinoma of the ovary
S.G.O. 102: 565-573 - mai 1956

DIDDLE A.W.

Final results of the surgical
treatment of ovarian carcinoma.
AM.J.Obst.et Gyn.58: 1949.

DOCKERTY M.B.

Ovarian neoplasms - S.G.O. 81 :
58 - 790 - 1945.

DUGHERTY C.M.
et LUND C.J.

Solid ovarian tumors complicating
pregnancy. Am.J.Obst.gyn.60 N°2
260-272 Aout 1950.

D'ERCHIA F.

Carzinoma primitivo del ovario
in ventenne.
in Ber.Gyn.38, 304, 1935.

EWING

Neoplastic diseases. 1928 - 1942

FRANKL O.

Beiträge zur Pathologie und Klinik
des Ovarialkarzinome.
Arch.Gyn. 113, 29, 1920.

von FRANQUE O.

Erkrankungen der Eierstöcke in
Handbuch der Frauenheilkunde von
OPITZ. Wiesbaden 1927 P.904.

GEIST S.H.

Ovarian Tumors. edit.P.Hoeber
N.Y. 2942

HEBERER H.

La croissance des tumeurs ovarien-
nes pendant la grossesse. Med.Klin.
50, N° 10, 394-396, mars 1955
(Bibliographie)

HELSEL

100 cases of ovarian carcinomas.
Am.J.Obst.Gyn. 66 - 1951.

HILLMAN G.

Oophorotomia probatoria. Thèse
Breslau 1926, cité par SCHWETAS H.

(Thèse ROSTOCK 1953)

- HOFMEIER M. Ueber die Dauererfolge der Ovari-
otomie, besonders bei anatomisch zwei-
felhaften Geschwulsten. Verh.Dtsch.
Ges.f. Gyn.1905 - II - P.109.
Dauererfolge nach Operation wegen
bösartiger oder zweifelhafter Ova-
rialtumoren. Mschr.Geb.1909-30
P.302.
- KRATZENSTEIN Die Dauererfolge der Ovari-
otomie bei malignen Ovarialtumoren. Dargestellt
an 100 Fällen der Universität Fra-
uenklinik Berlin 1897,
Cité par SCHWETAS H. 1953.
- KHOLINE W.W. Naissance d'un enfant normal après
exérèse d'une tumeur cancéreuse de
l'ovaire droit, suivie de radiothé-
rapie. Akoucherstvo. Ginek. N°3
84-85 1954.
- LAFFARGUE P. Anatomie pathologique générale et
organogénèse des tumeurs primitives
de l'ovaire. Encyclopédie médico-
chirurgicale de Gynécologie. T.2 -
2^e ed. F.655 et 656.
- LEWIN E. Tumeur ovarienne et grossesse.
ZBL.Gyn.76 N° 1 20-22, 1954.
- LYNCH Clinical review of 110 cases of
ovarian carcinoma. Am.J.Obst.et Gyn.
1936
- MARKS J.H.
et WITTENBORG M.H. Results of treatment of carci-
noma of ovary with data on age in-
cidence of the disease. S.G.O.87,
541-545, 1948.
- MARTIUS H. Die gynäkologischen Operationen.
P.131 - Edit.G.Thieme; Leipzig.

- MATHIEU J.
et PANCHU M. La valeur de l'examen histologique
dans le pronostic des tumeurs vé-
gétantes de l'ovaire. Rev.Française
Gyn.Obst.N°9-10,P.302, Sept.-Oct.
1951.
- MEIGS J.V. Cancer of the ovary. S.G.O. 71,
P.44-53. 1940.
- MILLER I. Die Krankheiten des Eierstockes
in Handbuch d.Spez.Pathol.Anatomie
und Histologie de Henke-Lubarsch.
Berlin 1937 cité par SELYE.
- MONTGOMERY Malignant tumor of the ovary.
Am.J.Obst.Gyn.55 1948.
- MUNNELL E.W. Ovarian carcinoma. Predisposing
factors, diagnosis treatment.
Cancer 1952 - 5.
- MUNNELL E.W. et
TAYLOR H.C. Ovarian carcinoma, 200 primary
cases. AM.J.Obst.Gyn.58, P.943-959,
1949.
- MUNNELL E.W.
JACOX H.W. et
TAYLOR H.C. Treatment and prognosis in cancer
of the ovary,with a review of a new
serie of 143 cases treated in the
years 1944-1951.
AM.J.Obst.Gyn.74,6.P.1187-1200.
Dec. 1957.
- NETTER A. Gynécologie. Flammarion éd. P.427-
478.
- NOWAK E. Gynecological and obstetrical pa-
thology 1947.
- PEARSE et BEHRMAN.Ovarian carcinoma. Obst.et Gyn.
1954-3.
- PELLER S. Cancer and its relations to preg-
nancy, to delivery, to marital and
social status. I.Cancer of the
breast and genital organs.

S.G.O. 71, N°1, P.I. Juil.1940.

- PERETZ A. Ovarian tumors, a review of 355
STERNBERG S.F. cases.HAREFUAH 58, 221-223, avr.
PALDI A. 1960 (Israël)
- RANDALL Ovarian carcinoma, risk of preserving the ovary. Obst.Gyn.N.Y.1954
3. 491.
- RANDALL et GERHARDT Probability of frequency of the most frequent types of malignity in gynecology. Am.J.Obst.Gyn.68
1958.
- REICHENMÜLLER Behandlungsaussichten maligner Ovarialtumoren. Zbl.Gyn. 10 p.988
1949.
Behandlungsaussichten maligner Ovarialtumoren.
Archiv.f.Gyn.178, 1950.
- RIES J. Zum Stand der Therapie des Ovarialkarzinoms. Krebsarzt (Vienne) 12,
6, p.338-340, dec.1957.
- ROBERT H.G. et BROCC P. Les tumeurs de l'ovaire in Précis de Gynécologie de P.Brocq et Cl. Béclère, T.2: Gynécologie chirurgicale P.440-482. Masson éd.1956.
- SCHMID H.H. Über konservative Adnexoperation. Arch.Gyn. 113, P.172, 1920.
Frühzeitige Erkennung und Behandlung der bösartigen Eierstockgeschwülsten. Med.Klinik 20, p.782, 1929.
- SCHWETAS H. Schwangerschaft und Geburt nach einseitiger Adnexonentfernung wegen Eierstockskrebs bei jungen Frauen. Thèse ROSTOCK 1953.
(Bibliographie)
- SCHMITZ et MAJEWSKY Final results of surgical and roentgen treatment of the cancer

of the ovary Radiology 57 - 1957.

- SELYE H. Encyclopedia of Endocrinology, Sect. IV, vol.VII, The Ovary - ovarian tumors - et I vol. de bibliographie. Richardson, Bond et Wright éditeurs, Montréal, Canada.
- SISSON M.A. et GARLAND L.H. Cancer of the ovary, results of treatment in 135 cases. Stanford Med.Bulletin (SAN FRANCISCO) 15,3, p. 191-196, Aout 1957.
- SCHNEIDER P. Zur Frage der Radikaloperation maligner Ovarialtumoren. Zbl.Gyn.32 1927.
- SCHOMIG Über einen Fall von Schwangerschaft nach Operation und Roentgen-Nachbestrahlung eines Ovarialkarzinomes. Med.Klin. 1957, 30, p.957.
- TAUFFER Dauererfolge nach Ovariectomie bei malignen Eierstockgeschwülsten. Verh. Dtsch.Ges.F.Gyn. 1905, II p.374.
- TAYLOR R. Pathology of malignant ovarian tumors. J.of Obst.et Gyn. of Brit. Empire 57, 3, Juin 1950.
- TAYLOR et GREELEY 138 patients treated from 1910 to 1935 with ovarian carcinoma. S.G.O. 1942, 74.
- TURNER J.C., REMINE W.T. et DOCKERTY M.B. A clinicopathologic study of 172 patients with primary carcinoma of the ovary. S.G.O. 109, 2, p.1908-2206, Aout 1959.
- ULLERY J.C. Revue des tumeurs endocrines de l'ovaire. S.G.O. avril 1960.
- VON VELITS D. Über die Dauererfolge der Ovariectomie. Arch.Gyn.1906,79, p.523.

- WALLART J. Sur une classification des tumeurs solides de l'ovaire. Gyn.et Obst. 41, P.358-365, 1941.
- DE WATTEWILLE H. Beitrag zur Klinik und Therapie der Ovarialkarzinome. Schweiz.Med. Wschr. 32, p.868, 1944.
- WHEELLOCK F.C., Carcinoma of the ovary, clinical
FENNEL R.H.Jr., and pathological evaluation. New
et MEIGS J.V. Engl.J.of Med.vol.245 N°12, P.447,
sept.1951
- ZUCKERMANN Nomenclature et classification des
Cancers de l'ovaire. Ginecologia y
Obst.de Mexico. 13, 4, juil. aout
1958.
-
-
-

